

esthéticienne/esthéticien avec certificat fédéral de capacité CFC

Numéro de profession 82113

Équipement minimum dans l'entreprise formatrice, version 10.01.2024



Les conditions d'obtention des autorisations devraient être vérifiées en collaboration avec une/un spécialiste de la branche.

Entreprise formatrice : _____

Adresse : _____

Formateur/trice professionnelle : _____

Réception/Administration:

Contrôle

Casier de vestiaire personnel	<input type="checkbox"/>
Système de gestion du temps	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> agenda <input type="checkbox"/> fichier clients <input type="checkbox"/> fiche d'anamnèse <input type="checkbox"/> fiche pour le diagnostic de peau (OrTra)	<input type="checkbox"/>
Vaste gamme de produits pour la vente	<input type="checkbox"/>
Système d'encaissement	<input type="checkbox"/>
Système pour gestion le stock (inventaire)	<input type="checkbox"/>
Supports d'anamnèse <input type="checkbox"/> carte <input type="checkbox"/> formulaire d'anamnèse de l'OrTra/école	<input type="checkbox"/>
Moyen pour prendre des photos	<input type="checkbox"/>

Place de travail personnelle:

Contrôle

Lampe avec suffisamment de lumière pour la place de travail	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> loupe ou <input type="checkbox"/> lunette-loupe ou (lampe wood)	<input type="checkbox"/>
Lit réglable	<input type="checkbox"/>
Tabouret ergonomique et réglable en hauteur	<input type="checkbox"/>
Service boy/surface adaptable pour les outils de travail	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> linge <input type="checkbox"/> coussins ou rouleaux de soutien	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Produits de service cabine <input type="checkbox"/> consommables pour les différents soins esthétiques	<input type="checkbox"/>
Chauffe-cire ou autres possibilités à la préparation des produits d'épilation	<input type="checkbox"/>
Moyens auxiliaires pour le massage ¹	<input type="checkbox"/>
Moyens auxiliaires pour le nettoyage intensif ²	<input type="checkbox"/>

¹ P.ex. palper rouler, ventouses

² P.ex. appareil de microdermabrasion, au vortex, appareil à vapeur

esthéticienne/esthéticien avec certificat fédéral de capacité CFC

Numéro de profession 82113

Équipement minimum dans l'entreprise formatrice, version 10.01.2024



L'aménagement et les objets d'équipement doivent être conformes aux prescriptions en matière de prévention des accidents. Les objets de travail doivent être maintenus en bon état (protection de la santé).	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Hygiène et protection de la santé:

Contrôle

<input type="checkbox"/> Boîte d'élimination des aiguilles <input type="checkbox"/> Boîte d'élimination pour ampoules	<input type="checkbox"/>
Produits de nettoyage de surface pour le nettoyage des locaux, du mobilier et des appareils	<input type="checkbox"/>
Produits de désinfection adaptés à des domaines d'action spécifiques pour le respect des mesures d'hygiène	<input type="checkbox"/>
Instruments à usage unique ou réutilisables. Si des instruments réutilisables sont utilisés, les processus de désinfection correspondants doivent être respectés afin de garantir le respect des normes d'hygiène (normes de SuisseMedic : Retraitement (swissmedic.ch)).	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> processus de désinfection avec bacs de trempage (2 bains)	
Si une stérilisation est nécessaire pour des instruments réutilisables, il faut disposer	
<input type="checkbox"/> d'un appareil de stérilisation ou	
<input type="checkbox"/> apporter la preuve écrite que le matériel à stériliser est confié à une institution spécialisée pour la stérilisation à l'extérieur.	
(La stérilisation à bille et la boîte UV ne sont pas autorisés).	
Matériaux pour le respect de la protection de la santé	<input type="checkbox"/>

esthéticienne/esthéticien avec certificat fédéral de capacité CFC
Numéro de profession 82113
Equipement minimum dans l'entreprise formatrice, version 10.01.2024



Général:

Contrôle

L'entreprise formatrice veille à ce que toutes les compétences opérationnelles selon l'ordonnance/le plan de formation soient enseignées et qu'elles puissent être exercées, le cas échéant en collaboration avec une autre entreprise (stage dans une autre entreprise/un réseau d'entreprises formatrices).

Remarques:

Lieu, date: _____

Nom de la personne effectuant le contrôle: _____ Signature: _____

Nom de la personne de contact de l'entreprise formatrice: _____ Signature: _____